

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
et symptomatique
DU
PNEUMOTHORAX CIRCONSCRIT TUBERCULEUX

Son diagnostic différentiel d'avec la caverne pulmonaire.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 20 janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE :

PAR

Laurent CHANAUD,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Limoux (Aude), le 23 janvier 1867.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1892

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
et symptomatique
DU
PNEUMOTHORAX CIRCONSCRIT TUBERCULEUX

Son diagnostic différentiel d'avec la caverne pulmonaire.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 20 janvier 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Laurent CHANAUD,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Limoux (Aude), le 23 janvier 1867.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		X.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		PONCET.
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements POULLET, agrégé.
Botanique. BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT.			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président; M. PERRET, Assesseur; MM. LANNOIS et WEILL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR LÉPINE

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. LE DOCTEUR DUJARDIN-BAUMETZ

Officier de la Légion d'honneur

Médecin de l'hôpital Cochin

A MES MAÎTRES DE LYON

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Le pneumothorax circonscrit tuberculeux, sur lequel Guéneau de Mussy, Leyden, Jaccoud, etc., ont particulièrement attiré l'attention, est moins rare qu'on ne le pense.

Dans une de ses leçons cliniques, Jaccoud affirmait même que « le pneumothorax partiel est plus fréquent que le pneumothorax total. »

Mais le diagnostic en est souvent fort difficile. Si, dans la majorité des cas, on n'hésite pas pour admettre un pneumothorax qui reconnaît comme cause un épanchement pleurétique s'évacuant par les bronches, ou une gangrène pulmonaire, ou plus rarement la rupture de vésicules d'emphysème, de foyers d'apoplexie pulmonaire, d'abcès pneumoniques, de kystes hydatiques du poumon, etc., il en est autrement lorsqu'il résulte de la perforation d'une caverne tubercu-

leuse ou de l'ulcération de la plèvre par un follicule ramolli.

Dans les neuf dixièmes des cas, d'après les statistiques de Saussier, de Béhier, etc., le pneumothorax circonscrit survient dans le cours de la phtisie. Aussi, lorsqu'on se trouve en présence d'une semblable affection, doit-on surtout s'attacher à en faire le diagnostic différentiel d'avec une grande caverne. On hésite alors bien des fois, peut-être dans un tiers des cas, nous disait M. le professeur Lépine dans sa leçon clinique du 31 janvier 1891.

Cependant, l'ensemble d'un certain nombre de signes existant simultanément, comme chez le malade qui nous était présenté, permet d'affirmer l'existence d'un pneumothorax circonscrit.

C'est l'étude de ces symptômes et leur valeur comparée dans les deux affections que nous nous proposons de traiter, sous l'inspiration et la direction aussi bienveillantes qu'éclairées de M. le professeur Lépine, dans notre thèse inaugurale. Ce diagnostic a une très grande importance au point de vue des réserves à faire sur la marche ultérieure de la lésion tuberculeuse. Le pneumothorax, en effet, peut apparaître comme terme ultime de la phtisie, ou au contraire survenir à la première période. C'est dans ce dernier cas que l'existence de l'épanchement aériforme permettra de porter un pronostic moins sombre. Depuis quelques années, en effet, l'apparition du pneumothorax au début de la tuberculose, a été regardée comme une circonstance favorable pour l'évolution de cette dernière maladie. Le liquide et les gaz, en mettant le

poumon affecté au repos absolu, « comprimeraient les noyaux de tubercules en voie de ramollissement et empêcheraient ainsi, en diminuant l'afflux sanguin dans l'organe, la nutrition des produits morbides. » Il y donc un intérêt pronostique à différencier le pneumothorax circonscrit de la caverne tuberculeuse.

Pour nous permettre de mieux interpréter les symptômes, nous essaierons, en nous aidant de quelques autopsies que nous avons pu réunir, de faire dans un premier chapitre l'anatomie pathologique du pneumothorax partiel.

Dans un deuxième, nous classerons et nous exposerons les symptômes de cette affection; enfin, dans un troisième, nous nous occuperons de la valeur comparée de ces signes ou, pour mieux dire, du diagnostic différentiel du pneumothorax circonscrit et de la caverne.

La dernière partie comprendra un certain nombre d'observations inédites empruntées au service de M. le professeur Lépine, et nous terminerons par les conclusions auxquelles l'ensemble de cette étude nous permettra d'arriver.

M. le professeur Lépine a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : que ce Maître éminent reçoive ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. Nous prions aussi MM. les professeurs Testut et Crolas de croire à notre profonde gratitude pour l'intérêt si bienveillant qu'ils nous ont toujours témoigné.

A M. le Dr Chabalier, ancien interne des hôpitaux, qui nous a communiqué les observations, à M. le pro-

fesseur Dor, à notre camarade et ami, le D^r Dettling, nous adressons nos plus vifs remerciements. Leur excellente traduction de textes suédois et allemand nous a été d'un grand secours, et nous ne saurions oublier le service qu'ils nous ont rendu.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE
et symptomatique
DU
PNEUMOTHORAX CIRCONSCRIT TUBERCULEUX

Son diagnostic différentiel d'avec la caverne pulmonaire.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique du pneumothorax
circonscrit tuberculeux.

Le pneumothorax circonscrit tuberculeux est, pour Condryn, deux fois plus commun à gauche qu'à droite; d'après MM. Laveran et Teissier, les deux tiers des cas seraient à gauche. Dans nos quatre observations, nous le trouvons deux fois de ce côté et deux fois à droite. Du reste, les cas réunis par un certain nombre de cliniciens nous fixeront mieux sur cette fréquence relative :

Sur 75 cas	Saussier	le trouve	50 fois	à gauche.
— 46 —	Rössler	—	31	—
— 49 —	Reynaud	—	32	—
— 19 —	Leber	—	14	—
— 28 —	Weil	—	20	—
— 7 —	Rosenthal	—	6	—

Au total, dans 223 cas, il existe 153 fois à gauche, soit les deux tiers environ.

Le pneumothorax circonscrit tuberculeux est presque toujours unilatéral. Sur 81 cas, Saussier ne l'a trouvé double qu'une fois.

Son apparition peut se faire, avons-nous dit, dans toutes les périodes de la tuberculose : soit à la fin comme dernier accident, soit, et c'est le cas le plus fréquent, au début de la première période. Dans ces conditions, un tubercule sous-jacent à la plèvre s'est ramolli, a ulcéré le feuillet viscéral, et s'est épanché dans la séreuse, mettant ainsi cette dernière en communication avec la bronche. Le pneumothorax est-il une complication ultime de la phtisie ? Alors, c'est la rupture, la perforation d'une caverne qui lui donne naissance.

Quoi qu'il en soit, du liquide et des gaz font irruption dans la plèvre, qui possède des adhérences résultant d'une ancienne inflammation thoracique. L'existence de ces dernières est indispensable pour enkyster les produits épanchés et constituer le pneumothorax circonscrit. Il ne faut pas oublier en effet, comme l'a fait remarquer Jaccoud, que cette affection « ne se produit jamais chez un sujet dont la poitrine est parfaitement saine. »

Après avoir montré comment se forme cette cavité, nous devons l'étudier dans son aspect, dans la structure de ses parois, dans son siège ou autrement dit sa topographie, dans ses dimensions, dans son contenu, et enfin nous terminerons ce chapitre en faisant connaître les modifications de siège que le pneumothorax peut apporter aux organes voisins.

a) ASPECT DE LA CAVITÉ. — Les parois qui limitent la cavité sont anfractueuses, comme l'indiquent certaines autopsies; elles présentent à peu près le même aspect que celles de la caverne tuberculeuse. Il pourrait arriver cependant que cet espace fût cloisonné par un certain nombre de brides résistantes, qui pré-existeraient à la formation du pneumothorax.

Limitée de tous côtés par des adhérences soumises au caprice du hasard, la cavité présente des diverticules nombreux, qui rendent sa forme très irrégulière.

Sur la paroi qui est en rapport avec la face externe du poumon, on peut ordinairement voir une ou plusieurs petites perforations. Ce sont les orifices externes de la fistule pleuro-pulmonaire qui mettent la bronche en communication avec la cavité pleurale.

La perforation varie donc de nombre; l'orifice, le trajet et les dimensions de la fistule ne présentent pas plus de régularité. D'après la statistique de Saussier où le nombre des perforations est indiqué 61 fois, dans 47 cas elle est unique, dans 13 autres on en trouve de 2 à 6. Enfin, chez un jeune homme de 18 ans, mort dans le service de Petit, à l'Hôtel-Dieu

en 1839, des suites d'une phtisie avec pneumothorax, le poumon était littéralement criblé de perforations. Au cours d'une autre autopsie, Louis en a noté jusqu'à 15. Cela est tout à fait exceptionnel.

La fistule est donc unique 77 fois %, environ. Son orifice externe est en général rond ou déchiqueté et d'un diamètre assez étroit : dans notre observation II il mesurait 4 millimètres. Il peut arriver cependant que la perforation ait des dimensions plus grandes : Walshe et Henschen parlent l'un, d'une fistule pleuro-pulmonaire de la grandeur d'une pièce de 20 centimes en argent, l'autre d'une pièce de 1 centime en cuivre.

Le trajet est en même temps oblique, sinueux, il est direct beaucoup plus rarement. Sa longueur varie entre 1 et 4 millimètres, et Saussier, sur 81 cas, n'a pu trouver que 4 fois une étendue plus grande.

Ces dimensions de la fistule pleuro-pulmonaire ont leur importance, car par l'expérimentation on démontre que « la cavité se remplit d'autant moins rapidement que l'ouverture est plus étroite et plus sinueuse. » Lorsqu'au contraire elle est large et directe, l'entrée de l'air dans la plèvre se fait librement à chaque inspiration.

Quant à son siège, il est intéressant de rechercher sur quel lobe pulmonaire la perforation se fait le plus souvent. Pour Lafon (thèse de Montpellier, 1874), elle occuperait la partie supérieure du tiers moyen du poumon, vers la base du lobe supérieur, à l'angle des troisième ou quatrième côtes. Louis, qui a plus spécialement fait cette remarque, l'explique ainsi : « Sans

douté, les tubercules se développent en premier lieu et en plus grande quantité vers le sommet; mais à ce niveau, par suite de la confluence du produit organique, du rapport exact des deux feuillets de la plèvre et du peu de mobilité de cette partie de l'organe, il se développe presque toujours une inflammation adhésive, qui produit des adhérences très fortes; de sorte que, lorsque l'excavation arrive à la surface, elle est limitée par ces adhérences et par la paroi thoracique, et il ne peut y avoir aucun épanchement intra-pleural, ni d'air, ni de liquide. »

Voici du reste la statistique de Saussier et les cas mentionnés par Rössler :

Saussier, sur 47 cas, a trouvé la perforation :

28 fois dans le lobe supérieur.

7 — — — moyen.

12 — — — inférieur.

Pour Rössler, elle existait :

42 fois dans le lobe supérieur.

12 — — — inférieur.

2 — — — moyen.

1 — dans le lobe supérieur et dans le lobe moyen.

Cet auteur conclue que le siège de la perforation peut être déterminé par certains tracés : 1° par la ligne mamelonnaire (mamillarlinie); 2° par une ligne gauche sternale; 3° enfin par une ligne horizontale, qui passerait par l'angle de la troisième ou de la quatrième côte. Les points d'intersection de ces trois lignes sont les sièges habituels de la perforation du pneumothorax circonscrit tuberculeux.

Nous devons maintenant nous demander si cet orifice est constant. Nous aurons encore recours ici à Saussier qui, sur 81 cas, ne l'a trouvé fermé que 6 fois. Mais, sans qu'il soit complètement oblitéré, il peut arriver qu'une fausse membrane se développe à son pourtour, et joue le rôle de soupape (obs. III) pendant les mouvements respiratoires. A l'inspiration, l'orifice de la fistule sera ouvert, mais l'expiration fermera la communication de la cavité et de la bronche, en appliquant la fausse membrane sur cet orifice.

Lorsque l'oblitération est complète, elle est due en général aux adhérences que contracte cette fausse membrane, et plus rarement à la rétraction et à la cicatrisation des parois de la fistule pulmonaire. C'est cette occlusion persistante qui avait fait admettre le pneumothorax essentiel, c'est-à-dire la production de gaz par la plèvre atteinte d'inflammation.

La perforation enfin s'accompagne-t-elle toujours du pneumothorax ? Saussier ne le croit pas, car sur 76 cas de perforation pulmonaire chez des phthisiques, il ne l'a trouvé que 74 fois.

b). STRUCTURE DES PAROIS. — La structure des parois ne présente rien de caractéristique. On trouve un épaissement de la plèvre plus ou moins considérable; cette dernière est en outre tapissée par de nombreuses néo-membranes sur ses deux feuillets (obs. II). Des brides formées de tissu conjonctif de résistance variable limitent la cavité.

Un point mérite d'être signalé, car il explique les gargouillements que l'on peut percevoir en certains.

cas. Le pneumothorax, avons-nous dit, résulte de l'ulcération de la plèvre par un tubercule caséux ramolli, mais il en existe beaucoup d'autres qui ne communiquent pas avec la cavité, et qui forment autant de cavernules sous-jacentes au pneumothorax. Telle était notre observation IV qui, au-dessous de la plèvre viscérale constituant la paroi interne de la cavité, présentait beaucoup de lésions de ce genre.

c). **TOPOGRAPHIE.** — D'après Jaccoud, on est susceptible de rencontrer les variétés les plus imprévues du pneumothorax ; mais la plus fréquente est, à son avis, la variété inférieure. On trouve plus rarement les variétés supérieure, antérieure, postérieure, contournante. Dans nos quatre observations, deux fois le pneumothorax siégeait à la base, une fois dans toute la hauteur du poumon jusqu'au niveau du sommet de l'aisselle, et une fois la plus grande partie de la cavité pleurale était remplie de pus. Ces quelques cas viennent donc confirmer l'opinion avancée par Jaccoud.

La raison de cette fréquence plus grande de la variété inférieure consiste en ce que les tubercules se développant de préférence au sommet du poumon, y déterminent très rapidement une inflammation de la plèvre et par suite des adhérences, qui s'opposent à l'irruption des liquides et des gaz dans cette partie de la cavité pleurale.

d) **DIMENSIONS.** — Les dimensions de la cavité constituant le pneumothorax sont variables. Elle peut

contenir, dans certains cas, un demi-litre ou un litre (Grisolle) de liquide et de gaz. Dans notre observation II, où trois ponctions furent pratiquées, on eut chaque fois issue de 300 grammes de pus bien lié et d'une grande quantité de gaz. La cavité s'étendant à toute la hauteur du poumon mesurait 8 centimètres.

Le contenu de la plèvre est en outre subordonné à certaines circonstances, telles que : la présence, au pourtour de l'orifice externe de la fistule pleuro-pulmonaire, d'une valvule qui permet l'entrée facile de l'air pendant l'inspiration, mais empêche sa sortie à l'expiration ; l'état particulier du parenchyme pulmonaire plus ou moins disposé, par des conditions diverses, à se laisser comprimer.

e) CONTENU. — Nous venons de voir qu'on rencontre du liquide et des gaz épanchés dans la cavité. Le liquide manque rarement, et sur 147 observations, il n'a été permis de constater que 16 fois son absence (Saussier). Parmi ces 16 cas, la phtisie existait 7 fois, la pleurésie 3 fois, l'emphysème avec rupture de vésicules 3 fois, dans les trois autres, il y avait plaie, déchirure du poumon.

1° *Liquide*. — On peut dire que le liquide est presque toujours purulent. L'épanchement séreux est l'exception : 1 fois sur 169 cas.

2° *Gaz*. — La composition chimique des gaz est sujette à des variations plus nombreuses. On constate souvent une diminution dans la quantité de l'oxygène de l'air, qui est remplacé par de l'acide carbonique et par un excédent d'azote. Parfois l'hydrogène sulfuré

constitue seul l'épanchement aériforme et lui donne une odeur caractéristique; parfois, au contraire, les gaz sont inodores.

Quant aux proportions des éléments constituant le fluide enkysté, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les huit cas cités par Saussier, où on en a fait une analyse.

1° *John Davy*. — Phtisie, perforation du poumon, 220 pouces cubes de gaz inodore, éteignant une bougie, non inflammable; acide carbonique, 8 parties; azote, 92.

2° *John Davy*. — Phtisie, perforation. Trois opérations d'empyème. Gaz de la première: azote et un peu d'acide carbonique. Gaz de la deuxième: azote, 93; acide carbonique, 7. Gaz après la troisième: azote, 82,5; acide carbonique, 16; oxygène, 1,5.

3° *Brierre de Boismont*. — Phtisie, perforation. 1/2 litre de gaz fétide; air, 2/3; acide carbonique, 1/3; un peu de matière animale.

4° *Brierre de Boismont*. — Phtisie, perforation. Grande quantité de gaz acide carbonique pur.

5° *Louis*. — Phtisie, perforation. 100 pouces cubes d'acide carbonique.

6° *Portal*. — Air introduit dans la plèvre pendant une opération d'empyème. A l'autopsie, gaz s'enflammant comme un bec de gaz, flamme analogue à celle de ces becs; odeur d'hydrogène sulfuré.

7° *Martin Solon*. — Phtisie, perforation. Une 1/2 pinte de gaz inodore, non inflammable, éteignant une

bougie, rougissant la teinture de tournesol, précipitant l'eau de chaux en blanc, précipité insoluble dans beaucoup d'eau de chaux; acide carbonique abondant.

8° *Thomson*. — Phtisie, perforation. Air fétide, contenant trois fois plus d'acide carbonique et une fois moins d'oxygène qu'il en contient habituellement.

f) EFFETS DE LA PRÉSENCE DU GAZ DANS LA PLÈVRE. —

1° *Sur le poumon*. — Le poumon peut subir des modifications de siège d'autant plus accentuées qu'il est plus libre d'adhérences. Il arrive que l'épanchement aériforme le refoule et le comprime contre le médiastin et la colonne vertébrale. De là, obstacle au libre accès de l'air dans les lobules pulmonaires qu'à l'autopsie on trouve en état d'atélectasie.

2° *Sur la plèvre*. — Il résulte des expériences de John Davy et des faits cliniques que : 1° la présence du gaz et de liquide dans la plèvre ne peut développer aucun accident inflammatoire grave; 2° la plèvre absorbe l'oxygène en grande quantité; 3° elle peut exhaler et absorber de l'acide carbonique; 4° il n'est pas impossible que l'azote lui-même ne soit quelquefois absorbé, mais en petite quantité.

3° *Sur le cœur*. — Le cœur peut subir des modifications de siège comme dans les grands épanchements pleurétiques.

Tantôt il sera dévié du côté gauche, comme dans l'observation VI de Marais (thèse de Paris, 1847), où il

s'agissait d'un pneumothorax tuberculeux du côté droit. Le cœur avait subi avec le médiastin un degré de déplacement tel, que la capacité pleurale gauche se trouvait singulièrement restreinte. Tantôt ce sera du côté droit et, dans l'observation de M. Bouveret (*Lyon Médical*, 1888), le cœur était fortement repoussé à droite. Cet organe se déplace donc en sens inverse du siège du pneumothorax.

4° *Sur le foie et le diaphragme.* — Les deux observations précédentes ont permis de constater cliniquement un abaissement du diaphragme et de la matité du foie. Dans celle de Marais, on a trouvé à l'autopsie que ce muscle, dans sa portion droite, avait subi un tel degré de refoulement dans l'abdomen, qu'il présentait dans ce sens une voussure très prononcée. Le foie lui-même avait été abaissé et dévié à la fois vers la région épigastrique et l'hypocondre gauche.

En terminant, faisons remarquer que les effets de la présence du gaz dans la plèvre, sur les divers organes, seront soumis à la variété de siège du pneumothorax circonscrit tuberculeux dont il s'agira. Dans ce cas, ces effets sont très rares, ils appartiennent plutôt à l'histoire du pneumothorax total.

CHAPITRE II

Symptomatologie du pneumothorax circonscrit tuberculeux.

L'apparition du pneumothorax circonscrit tuberculeux est rarement brusque et marquée par une vive douleur ; le plus souvent, il survient d'une façon lente et insidieuse, ainsi que le prouvent nos observations I et III. On a essayé de se rendre compte de la fréquence relative de ces deux modes de début : sur 96 cas, les symptômes ont apparu d'une manière lente 68 fois, et 28 fois d'une manière subite.

Les malades atteints de cette affection ont en outre un passé pathologique : chez ceux-ci on relève des antécédents héréditaires ou personnels de tuberculose (obs. de Henschen) ; chez ceux-là une ancienne pleurésie (obs. I). D'autres enfin, sans cause connue,

ou à la suite d'un refroidissement, ont pris une bronchite qu'ils traînent indéfiniment. A partir de ce jour, ils toussent de plus en plus, la dyspnée augmente de même, certains voient leurs forces diminuer, leur corps maigrir rapidement, et se plaignent de palpitations de cœur (obs. I). Tous ces symptômes s'accompagnent d'une expectoration muco-purulente, qui devient plus abondante avec les progrès de l'affection, ou qui parfois au contraire peut être presque nulle. Des signes de tuberculose au second ou au troisième degré complètent la scène morbide : on note des sueurs nocturnes et des crachats hémoptoïques (obs. II, III, IV). Le malade ne tarde pas à tomber dans un état de dépression et de faiblesse telles, qu'il ne peut plus travailler. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital. A l'examen, on constate l'aspect cachectique du sujet et tous les symptômes du pneumothorax que nous diviserons en :

1° Symptômes locaux	{	S. fonctionnels.
		S. physiques.
		S. secondaires.

2° Symptômes généraux.

A). — **Symptômes locaux.**

a) S. FONCTIONNELS. — *La douleur* est le propre de l'inflammation de la plèvre, elle est due à la pleurite que détermine le tubercule ramolli en ulcérant le feuillet viscéral. Vive et subite, ce qui est peut-être un signe de rupture de la caverne, ou ne survenant au contraire que graduellement, cette douleur est limitée

à un point de la poitrine. Louis fait remarquer qu'elle correspond le plus souvent à l'angle de la troisième ou de la quatrième côte, de là elle s'irradie dans divers points du thorax : à l'épaule, à la région mammaire. Dans le pneumothorax circonscrit tuberculeux, ceci ne saurait s'observer que si le siège de l'affection appartient à la variété antérieure.

Ce symptôme, en outre, n'est pas toujours persistant ; la douleur, en effet, est bientôt remplacée par un sentiment d'oppression plus ou moins considérable, suivant la quantité de l'épanchement gazeux ou liquide. Plus rarement elle fait défaut. Hughes en cite des exemples, et explique l'absence de la douleur par une profonde altération du tissu pulmonaire ou par des brides fibreuses très résistantes.

Indépendamment de la douleur, quelques malades ont senti un craquement subit, d'autres ont éprouvé la sensation d'un corps gazeux dont ils peuvent même préciser le point d'irruption dans la poitrine.

A la douleur, se trouve associée la *dyspnée*. Cette dernière résulte de la compression du poumon par l'épanchement aériforme. L'inflammation de la plèvre, produite par la pénétration de matières étrangères dans l'intérieur de la séreuse, peut aussi lui donner naissance. Ne voit-on pas d'ailleurs la dyspnée accompagner plus ou moins toute phlegmasie pleuro-pulmonaire ? Dans le pneumothorax total, cette gêne de l'hématose est caractérisée par une expiration longue, graduée, incomplète, qui fait paraître l'inspiration beaucoup plus courte. Ce signe n'est peut-être pas aussi marqué lorsque l'affection

ne s'étend qu'à un point de la plèvre. Quoi qu'il en soit la dyspnée existe presque toujours, nous retrouvons ce symptôme dans nos quatre observations de pneumothorax circonscrits. Il se peut toutefois qu'il vienne à manquer ; dans ce cas encore, Hughes et Grisolle ont invoqué les mêmes raisons que pour expliquer l'absence de la douleur.

La dyspnée se trouve augmentée d'une certaine anxiété et même parfois d'oppression. On voit des malades qui ne peuvent respirer qu'à la condition de se tenir assis sur leur lit (obs. I), d'autres debout. Chez eux, l'asphyxie est imminente, ils ne peuvent rester dans le décubitus sans être menacés de suffocation. Quelques-uns se tiennent couchés sur le côté malade, afin de laisser au côté sain toute sa liberté d'action. Lorsqu'il s'agit de pneumothorax circonscrit il faut, pour expliquer tout cela, admettre l'existence de lésions pulmonaires antérieures.

La *voix* revêt le caractère amphorique. Elle n'a pas cependant un retentissement métallique aussi prononcé que dans le cas où l'épanchement d'air occupe toute la plèvre.

Il en est de même de la *toux*.

Cette dernière est suivie d'une expectoration mucopurulente et abondante dans certains cas, absente dans d'autres. Sa nature varie suivant la cause qui a donné naissance au pneumothorax. C'est ainsi qu'elle a la fétidité de la gangrène pulmonaire si l'épanchement gazeux est le fait de cette maladie, ou qu'on y trouve parfois des bacilles de Koch, si, comme dans notre cas, le pneumothorax est dû à l'ulcération de la plèvre par un follicule tuberculeux ramolli.

b) S. PHYSIQUES. — Les symptômes physique sont l'expression directe des conditions nouvelles résultant de l'interposition, en un certain point, d'une couche gazeuse entre le poumon et la paroi thoracique.

L'inspection de la poitrine permet de constater une immobilité et un aplatissement partiels de cette dernière. Au contraire, lorsque le pneumothorax est total, le côté malade, qui ne bouge pas non plus pendant les mouvements respiratoires, est dilaté, le creux sous-claviculaire est effacé, les côtes écartées et légèrement redressées, etc..... Laennec attribue ces modifications à la tension de l'air pleural supérieure à la pression atmosphérique. D'après Béhier, l'air joue plutôt un rôle passif, c'est-à-dire qu'il maintient le côté malade dans la position de l'inspiration et l'empêche de revenir alternativement sur lui-même. S'agit-il de pneumothorax circonscrit? Par suite des adhérences localisées et résistantes qui se sont formées entre la plèvre et la paroi thoracique, il y a rétraction partielle de cette dernière, et l'air enkysté ne suffit point pour amener la dilatation. Celle-ci, suivant Stokes, dépendrait de préférence du volume de la fistule pleuro-pulmonaire. Est-il large? l'air entre et sort facilement de la cavité pleurale, et aucun agrandissement de la poitrine ne peut se produire. En présence d'un pneumothorax circonscrit, peut-être doit-on invoquer en effet les dimensions exceptionnelles de la fistule pour expliquer l'aspect à peu près normal du thorax. Ainsi, dans notre observation II, le diamètre du trajet pleuro-pulmonaire était de 4 millimètres; dans celle de Henschen, il mesurait

les dimensions d'une pièce 10 aere, ce qui correspond chez nous à une pièce de 1 centime en cuivre. Si l'on écarte l'idée d'une fausse membrane jouant le rôle de soupape à l'orifice de la fistule (obs. III), n'avons-nous pas là un diamètre suffisant de cette dernière pour admettre le libre passage de l'air du poumon dans la plèvre et *vice versa*?

La *mensuration* comparative des deux côtés de la poitrine, pratiquée soit avec un ruban métrique, soit avec le cyrtomètre de Woillez, pourrait à la rigueur révéler une déformation qui aurait échappé à la vue, et consécutive à une lésion antérieure telle que la pleurésie.

A la *palpation*, s'il y a en même temps de l'air et du liquide enkystés dans la plèvre, la main convenablement appliquée sur la poitrine saisit le phénomène de fluctuation intercostale que Trousseau a le premier signalé.

De même, si l'on fait parler le malade, on remarque que les vibrations thoraciques sont peu ou point perçues. C'est à Monneret que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur ce fait. Ce clinicien croyait même que les vibrations étaient complètement disparues. Il n'en est rien; le plus souvent, elles ont subi une modification notable plus grande au niveau de la partie liquide de l'épanchement, où elles sont abolies, qu'au niveau de la couche d'air où il est possible de les percevoir encore. Nous trouvons la confirmation de ce principe dans nos observations I et II. Il s'agissait de pyopneumothorax circonscrits, l'un à la région inféro-externe de la cavité pleurale gauche,

l'autre à une partie de la cavité pleurale droite. Dans le premier cas, les vibrations existaient, mais diminuées au-dessus de la couche de pus, dans le second, elles étaient abolies. C'est qu'ici le liquide purulent occupait presque toute la cavité pleurale circonscrite, ainsi que le prouvent les deux ponctions pratiquées le 10 décembre 1887 et le 4 janvier 1888, qui donnèrent issue chacune à 300 grammes de pus bien lié et très épais. Par contre, les vibrations thoraciques (fremitus pectoral de Henschen) sont conservées ou même augmentées dans notre observation IV, ainsi que dans celle publiée par le journal de l'Université d'Upsal. C'étaient deux autopsies de pneumothorax partiel sans trace de liquide ni de pus. Les vibrations, en effet, sont alors constatées, parce qu'il existe des adhérences dans une portion du poumon. On ne saurait retrouver ce signe quand on a affaire au pneumothorax total.

Le son *tympanique* se rattache à la percussion. Il se produit dans toute l'étendue de l'épanchement gazeux; il est grave, profond, prolongé. D'après Skoda, il serait même perçu en dehors des limites de la présence des gaz, et cacherait ainsi la délimitation exacte du niveau du liquide ou du pus quand ceux-ci existent concurremment avec l'épanchement aériforme. C'est ainsi que Skoda évalue dans l'hydro ou dans le pyopneumothorax la hauteur du liquide ou du pus au double de la hauteur de la matité indiquée par la percussion. Lorsqu'on se trouve en présence d'un pneumothorax simple circonscrit aux deux tiers de la plèvre, l'abondance de l'épanchement gazeux

peut même gêner la production du son tympanique et égarer le diagnostic. La sonorité de la poitrine à la percussion peut en outre disparaître sans qu'il y ait des adhérences ou qu'il s'agisse de pyo ou d'hydro-pneumothorax enkystés. C'est ainsi que certains auteurs ont signalé des cas dans lesquels la résonnance primitivement tympanique changeait quelquefois du tout au tout dans le cours de la maladie. Ce changement est caractérisé par une moindre intensité du son, et par une variation du timbre. Woillez désigne ce changement sous le nom d'obtusion du son. On comprend combien ce son obtus ou voilé peut faire naître l'indécision, si l'on n'a pas assisté au début de la maladie.

Par la percussion, on peut encore percevoir le bruit que Piorry, dans son *Traité de médecine pratique*, désigne sous le nom de *bruit hydro-aérique*. Au moment où l'on percute la poitrine, ce phénomène se produirait par le choc du liquide et de l'air, qui se trouvent simultanément en présence sur un point de la plèvre. De même, on peut entendre le *claquement costo-hépatique*, que Saussier attribue au choc d'une côte, le plus souvent la huitième sur la face supérieure du foie. Mais ce signe déjà très rare, lorsque l'air occupe toute la cavité de la séreuse pulmonaire, ne saurait convenir qu'à la variété antéro-inférieure du pneumothorax circonscrit, lorsque la fistule occupe le lobe inférieur du poumon droit. Cette dernière circonstance est assez rare, ainsi que nous l'a appris l'anatomie pathologique. En revanche, si l'épanchement gazeux est étendu à la plèvre entière, le claque-

ment costo-hépatique, à condition qu'il existât toujours, pourrait servir de signe pathognomonique. « Ce bruit, dit Saussier, ressemble au claquement qu'on obtient en frappant avec le doigt sur le couvercle d'une boîte à charnières, à parois solides, légèrement entr'ouverte, facile à fermer et à ouvrir.

L'*auscultation* fournit des symptômes importants, parmi lesquels l'*absence du murmure vésiculaire*. Mais ce n'est pas au hasard, ni sur tous les points du poumon, que les bruits respiratoires font défaut. Dans le pneumothorax circonscrit, l'absence du murmure vésiculaire est unilatérale comme l'affection elle-même, et suivant la variété du siège de cette dernière, en présence de laquelle on se trouvera, les bruits respiratoires feront défaut sur tel ou tel endroit précis du côté malade. A ce niveau, on a cru entendre quelquefois le murmure vésiculaire : c'est que la respiration du reste du poumon étant alors puérile devient un peu perceptible, comme dans le lointain, à travers la couche d'air enkysté.

Comment expliquer la disparition du murmure vésiculaire ? Deux causes peuvent nous en rendre compte : ou bien on ne l'entend pas par suite de l'imperméabilité des cellules aériennes au niveau de l'épanchement gazeux, ou bien le bruit qui peut-être se produit encore n'est pas perçu par l'oreille, étant donné l'éloignement du poumon. Ce dernier, en effet, se trouve séparé de la paroi thoracique par la masse d'air emprisonné dans une partie de la plèvre.

Dans nos quatre observations de pneumothorax circonscrit, le *tintement métallique* ne fait défaut

qu'une fois (obs. II), c'est dire qu'il est commun à l'affection qui nous occupe. Ce signe possède un caractère particulier : il est argentin et vibrant, comme s'il se produisait sur un plateau d'airain ou dans un vase de métal. Mais de même qu'on laisse retomber plusieurs fois à terre une pièce de monnaie dont l'alliage paraît douteux, de même il est besoin parfois d'ausculter à plusieurs reprises pour percevoir le tintement métallique. La respiration seule ne suffit pas toujours à le produire, la voix et la toux le déterminent plus sûrement.

Ce symptôme a donné lieu à plusieurs interprétations : Laennec pensait qu'il était dû au passage d'une bulle d'air à travers la fistule pulmonaire, bulle qui viendrait bouillonner et crever à la surface du liquide enkysté dans la plèvre et ébranler les gaz qui y sont renfermés. Cette théorie peut correspondre à quelques cas, elle ne saurait s'appliquer à ceux où la fistule pulmonaire est oblitérée par une soupape (obs. III). L'explication suivante donnée par Skoda et confirmée par les expériences de Béhier, est plutôt admise : des râles se produisent dans les bronches avoisinant le pneumothorax circonscrit, la cavité pleurale forme à ce niveau une caisse de renforcement, qui transmet à l'oreille, avec un timbre particulier et en les amplifiant, tous les bruits qui se forment autour d'elle.

Enfin, d'après Henschen, le tintement métallique ne s'observe que si la tension de l'air enkysté est suffisamment développée.

Cet auteur a remarqué dans 55 cas que, lorsqu'on diminue cette tension, le tintement métallique s'affai-

blit et peut même disparaître ; on le constate de nouveau si l'on augmente la tension. Dans notre observation III, où elle mesurait 7 centimètres cubes d'eau, on note en effet le tintement métallique. Ce symptôme peut d'ailleurs exister dans des conditions bien différentes. C'est ainsi que le clinicien suédois l'a constaté dans un cas d'iléus. Le tintement métallique était dû à la forte tension de l'air retenu dans le côlon.

Bien que déterminé par une cause étrangère au pneumothorax, ce symptôme aurait paru naturel si, dans l'observation d'iléus rapportée par Henschen, on avait eu en même temps affaire à la variété inférieure du siège de l'épanchement aériforme circonscrit.

Le *souffle amphorique* que nous fournit encore l'auscultation est un bruit retentissant, à timbre métallique, semblable à celui que l'on produit en soufflant dans une carafe à goulot étroit et à parois résonnantes. Son intensité varie avec l'étendue du pneumothorax partiel ; de plus, il est tantôt permanent et tantôt disparaît par intervalles pour se montrer ensuite. Il arrive aussi qu'il soit remplacé par le silence respiratoire ou par du souffle caverneux avec lequel on peut même le confondre. En effet, lorsque le ton caverneux de la respiration de ce nom est très prononcé, et le caractère amphorique de la respiration correspondante peu marqué, il y a pour ainsi dire fusion des deux phénomènes. Néanmoins, on verra le plus ordinairement la percussion donner de la matité ou un son de pot fêlé dans le premier cas, une sonorité tympanique et le bruit d'airain dans le second.

Le *bruit d'airain* s'entend de la façon suivante : on percute la paroi antérieure du côté de la poitrine où siège le pneumothorax circonscrit à l'aide de deux pièces de monnaie, pendant que l'oreille est appliquée sur la paroi postérieure. « On peut ainsi, dit Laennec, estimer l'étendue de l'espace occupé par l'air et entendre une résonnance semblable à celle d'un tonneau vide, mêlée par moments de tintement » ou un bruit analogue à celui que l'on déterminerait en frappant sur un vase de bronze.

Woillez fait remarquer qu'à l'état normal la percussion auscultatoire produit un cliquetis métallique analogue à celui qu'on obtient sur soi-même en frappant d'une main celle que l'on conserve appliquée sur son oreille. Mais le bruit d'airain observé dans le pneumothorax partiel est plus grave et plus résonnant.

La *succussion hippocratique* terminera la série des signes physiques. Elle est analogue au bruit que l'on détermine en agitant, par des secousses brusques, une carafe à moitié remplie d'eau. Ce phénomène ne saurait se réaliser sans la présence simultanée d'un liquide et d'un gaz dans la cavité pleurale. On ne le constate jamais s'il n'y a que l'un ou l'autre de ces éléments.

La succussion hippocratique s'accompagne d'un bruit qui peut être entendu à distance et même être perçu par le malade ; dans le pneumothorax circonscrit cependant, le phénomène ne saurait être aussi marqué. Pour le produire, voici comment Hippocrate, dans son *Traité des maladies*, conseille de s'y prendre : « On asseoit le malade sur un siège qui ne bouge

pas; un aide lui tient les bras, et vous, le secouant par les épaules, vous écoutez de quel côté le bruit se fait entendre. » Ce procédé, repris par A. Paré, et plus tard par Laennec, a été conservé jusqu'à nous comme un pieux héritage transmis par le père de la médecine, et s'exécute encore avec la même simplicité.

c) S. SECONDAIRES. — Les symptômes secondaires ne s'observent que dans les grands épanchements de gaz, lorsque ce dernier occupe toute la plèvre. Aussi leur description ne rentre-t-elle pas dans notre sujet. Peut-être pourraient-ils exister avec telle ou telle variété de siège du pneumothorax circonscrit. Quels signes constituent cette troisième subdivision des symptômes locaux? Il est bon néanmoins de l'indiquer. Ce sont : *le déplacement du cœur* et *le déplacement du foie*.

Le déplacement du cœur, lorsque l'épanchement gazeux est généralisé, se trouve mentionné pour la première fois dans les *Archives générales de médecine* de l'année 1829. En présence d'une semblable affection, on croyait, avant que le fait n'eût été signalé, à un déplacement congénital de l'organe central de la circulation. On voit en effet parfois celui-ci battre en dehors du sein droit. Mais dans la suite, de nouvelles observations de ce genre ont été publiées, et les effets de l'air sur le cœur, dans le pneumothorax total, ont été assimilés à ceux de l'épanchement pleurétique.

Le déplacement du foie était pour Bichat symptomatique de l'épanchement aériforme. Se basant sur

ce signe, il employait même la palpation abdominale pour diagnostiquer le pneumothorax. Il refoulait les hypochondres de bas en haut et examinait de quel côté cette pression produisait le plus de suffocation. Pour lui, le côté où elle était le plus prononcée était le côté malade. Mais le contraire doit se produire, dans le pneumothorax total : en effet, le poumon du côté malade est impropre à la respiration, tandis que celui du côté sain a besoin de toute sa liberté d'action. C'est en s'opposant plutôt au libre fonctionnement de ce dernier, qu'on sera certain du côté où siège l'affection.

Ce mode d'exploration pourrait convenir au diagnostic d'un pneumothorax circonscrit occupant les deux tiers de la plèvre, et dont le siège appartiendrait à la variété inférieure.

B) Symptômes généraux.

Cette étude ne nous arrêtera pas non plus, car elle comprend un très petit nombre de signes variables d'un cas à un autre.

Ainsi, on a vu le moment de la perforation être marqué par un refroidissement général, comme cela arrive si souvent pour les perforations intestinales ; on a noté des cas où la peau était chaude, le système capillaire injecté ; où la face conservait sa pâleur naturelle au milieu de la plus profonde dyspnée.

Le *pouls* est en général accéléré, petit, faible : il offrait ces caractères dans notre observation I.

M. Bouveret (*Lyon Médical*, 1888) a cité un cas de pneumothorax à forme asphyxique, dans lequel l'œdème avait envahi les parois de la poitrine puis les extrémités. Ce signe s'observe dans le pneumothorax circonscrit, lorsque celui-ci survient à la dernière période de la tuberculose, mais il y a plutôt anasarque.

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel du pneumothorax circonscrit tuberculeux et de la caverne pulmonaire.

L'étude précédente des symptômes du pneumothorax circonscrit tuberculeux suffit-elle à caractériser cette affection ? La présence d'une certaine quantité de gaz et de liquide enkystés dans la plèvre, la communication de cette dernière avec l'appareil respiratoire, ne peuvent-elles pas faire penser à une caverne ? C'est à la solution de ce problème que sera consacré notre troisième chapitre.

Nous passerons en revue à ce sujet les différents symptômes fonctionnels, physiques, etc., et, pour chacun d'entre eux, nous essaierons de démontrer les points de similitude ou de dissemblance dans l'une ou l'autre affection. Cette étude sera en outre appuyée

sur les faits tirés de nos trois dernières observations. Elles sont relatives à des autopsies de caverne pulmonaire superficielle, avec adhérences pleurales et perforation bronchique. Elles offrent des conditions suffisantes pour faire croire pendant la vie à un pneumothorax circonscrit, telles que : l'union partielle des deux feuillets de la plèvre, le siège de la lésion à la surface du poumon, et la présence de l'air grâce à la communication de la caverne avec la bronche. Comment pourra-t-on poser le diagnostic? Examinons, en un mot, par quels symptômes le pneumothorax circonscrit tuberculeux diffère de la caverne pulmonaire.

Début et antécédents. — La statistique nous a appris que l'apparition d'un épanchement gazeux enkysté peut être brusque et marquée par une vive douleur. Bien qu'il n'en soit pas ainsi dans nos observations I, III, IV, on doit songer à la possibilité d'un début subit, et ce premier signe différenciera le pneumothorax circonscrit de la caverne tuberculeuse dont l'évolution est toujours progressive.

Nous ne saurions ajouter de l'importance aux antécédents. Ils sont à peu près les mêmes dans l'un et l'autre cas (bronchite, pleurésie, sueurs nocturnes, etc.)

a) S. FONCTIONNELS. — La douleur et la dyspnée sont liées l'une à l'autre, parfois elles sont dominées par d'autres signes dépendant de l'affection génératrice du pneumothorax. C'est ainsi que lorsque celui-ci survient à la suite d'un épanchement pleurétique

qui s'est fait issue à travers le poumon, les phénomènes d'expectoration captivent toute l'attention du malade et du médecin. Quand le pneumothorax se développe pendant le cours d'une pneumonie, les symptômes de cette dernière maladie sont le plus accusés, et souvent le moment de l'affection consécutive passe inaperçu.

En est-il de même si l'épanchement aériforme résulte de la perforation de la plèvre par un follicule tuberculeux ramolli? La pénétration de l'air et de matières étrangères dans la séreuse pulmonaire se traduit alors par une douleur subite et de la dyspnée, qui ne sauraient tromper l'attention. La symptomatologie nous a appris les causes de la dyspnée, et nous avons vu que cette dernière arrivait à un degré qu'elle n'atteint pas dans le cas de caverne tuberculeuse.

A la marche progressive de celle-ci, à la dyspnée et à la douleur moins grandes que l'on constate chez le phthisique, nous opposerons le début brusque, la douleur subite et violente, la difficulté de l'hématose, qui peuvent caractériser l'invasion du pneumothorax même partiel.

La *voix amphorique* est aussi bien l'indice d'une excavation pulmonaire que d'un épanchement aériforme.

Si elle est peu marquée, médiocrement métallique, circonscrite à un espace peu considérable vers un des sommets du thorax, il y a lieu de la rapporter à l'existence d'une caverne.

Si au contraire la voix amphorique est intense et très métallique, si elle est perçue sur une assez large

partie d'un côté de la poitrine, on peut la considérer comme signe du pneumothorax circonscrit.

Dans ce dernier cas, on peut avoir même de l'aphonie intermittente ou continue, ainsi qu'en témoignent les faits rapportés par Louis et Stokes.

La *toux* sera amphorique dans le pneumothorax simple circonscrit et dans la caverne (obs. VI) si ces deux cavités, en communication avec les bronches, ne renferment à peu près que de l'air.

Elle sera caverneuse, si l'on se trouve en présence d'un épanchement de gaz et de liquide enkystés ou d'une excavation pulmonaire remplie en même temps de matière tuberculeuse et d'air.

Enfin, les deux affections peuvent donner lieu au retentissement de la voix et de la toux (obs. III et obs. V) et fournir le même résultat à l'examen des crachats.

L'*expectoration*, en effet, d'un sujet atteint de pneumothorax circonscrit tuberculeux contiendra quelquefois des bacilles de Koch ainsi que celle d'un phtisique. Chez celui-ci, en outre, il n'est pas rare de voir les matières expectorées, si abondantes d'ordinaire, faire défaut, si par exemple le malade avale ses crachats; ou avoir une autre origine que la tuberculose, telle qu'une bronchite purulente par exemple, développée dans le côté opposé à celui de l'affection primitive.

En général, cependant, nous dirons qu'une expectoration purulente très abondante, à crachats nummulaires, appartient à la caverne; peu considérable, muco-purulente, quelquefois même nulle, au pneumothorax circonscrit.

b) S. PHYSIQUES. — Si l'on fait asseoir un malade atteint de pneumothorax total et qu'on se place de profil, l'*inspection* permet de constater que les plans antérieurs et postérieurs du côté malade dépassent les plans correspondants du côté sain. En voyant le sujet de face, il semble que le plan latéral de la poitrine soit déjeté en dehors et un peu en haut. Parfois même l'épaule paraît relevée, si on l'examine en la comparant à celle du côté sain.

Ces déformations sont loin d'exister dans le pneumothorax circonscrit. Il n'y a pas de voussure, pas d'affaissement, seule une immobilité partielle de la poitrine qu'expliquent les adhérences. L'absence de dilatation est due aux dimensions de la fistule, qui permettent la libre circulation de l'air et empêchent celui-ci d'agir mécaniquement sur la paroi costale.

Cet aspect est tout différent de celui que présente le thorax d'un malade atteint de caverne, chez lequel les espaces intercostaux sont notablement affaissés et déprimés.

La *mensuration* thoracique est dans ce cas un mode d'exploration superflu.

Plus importants sont les signes fournis par la *palpation*. Est-on en présence d'une caverne? Les vibrations sont conservées ou exagérées (obs. III); elles sont abolies ou diminuées au contraire dans le cas d'un épanchement gazeux ou d'un pyopneumothorax circonscrit.

La *percussion* nous révèle un symptôme commun aux deux affections: le bruit d'airain (obs. III et obs. VI), et celui de pot fêlé particulier à la caverne.

A ce dernier, nous opposerons le tympanisme, signe caractéristique du pneumothorax circonscrit. Cette sonorité de la poitrine à la percussion peut être remplacée par de la matité, si des gaz et du liquide sont enkystés dans la plèvre.

Il existe un signe différentiel plus net : c'est dans le cas de caverne, une élévation ou un abaissement de la tonalité, suivant que le malade a la bouche ouverte ou fermée. Il n'y a pas de modification semblable de la tonalité thoracique si l'on percute la poitrine d'un sujet atteint de pneumothorax circonscrit.

Ainsi que le mode d'examen précédent, l'auscultation nous fait constater des signes propres aux deux affections ; c'est ainsi qu'en présence d'une caverne, on peut entendre des râles à timbre métallique (obs. V et VI), le tintement de même nom (Obs. VII), du souffle amphorique (obs. VI et VII) ; mais on n'observe pas, comme dans le pneumothorax circonscrit, l'absence complète du murmure vésiculaire coïncidant avec une sonorité plus ou moins exagérée. On entend au contraire des bruits anormaux, signes du ramollissement ou de l'excavation pulmonaire.

En raison de la rareté des cavernes assez spacieuses pour donner lieu à des bruits amphoriques et métalliques, ceux-ci dans ces dernières sont moins nets, moins étendus que dans le pneumothorax partiel. Ils alternent avec des râles caverneux et sont accompagnés de gargouillements.

Mais ce n'est pas là une règle : les râles caverneux, le gargouillement, peuvent manquer quand on a affaire à une excavation pulmonaire si, par exemple,

le contenu de cette dernière s'est vidé dans une bronche ; de même que dans le pneumothorax circonscrit, des cavernules sous-jacentes à la lésion pourraient produire du gargouillement.

La *succussion hippocratique*, ou bruit de fluctuation thoracique, constitue un signe plus sûr de diagnostic : très rarement, elle annonce l'existence d'une vaste excavation pulmonaire à demi-pleine de matière purulente. Il est exceptionnel, en effet, de voir les cavernes du poumon acquérir des dimensions suffisantes pour qu'il s'y produise un bruit de fluctuation manifeste. Celui-ci, lorsqu'il est prononcé et perçu dans une assez grande étendue de la poitrine, est le signe pathognomonique d'un hydro-pneumothorax circonscrit. La présence du tintement métallique et d'une respiration amphorique très nette achèvera de confirmer le diagnostic.

c) S. GÉNÉRAUX. — Les symptômes généraux, tels que l'œdème, la fièvre, etc., sont plus marqués dans la caverne que les symptômes correspondants de l'épanchement aériforme enkysté.

En résumé, aucun signe pris séparément ne permet de conclure à l'existence d'un pneumothorax partiel. Pour établir ce diagnostic, il faut trouver un certain nombre de signes réunis.

Lorsque la maladie aura présenté un début brusque avec douleur et dyspnée ; — qu'on n'aura pas remarqué d'affaissement, mais une immobilité partielle du thorax ; — toutes les fois que les vibrations seront abolies ; — qu'il existera, d'un seul côté de la poitrine,

du tympanisme, du souffle amphorique, du tintement métallique, le bruit d'airain, coïncidant avec l'absence du murmure vésiculaire et de gargouillement ; — si l'on constate la succussion hippocratique, et une expectoration muco-purulente, peu abondante, parfois même nulle ; — dans ces conditions, on portera le diagnostic de pneumothorax circonscrit.

Au contraire, c'est à une caverne qu'on devra penser dans le cas où la lésion a progressé lentement ; — où la poitrine est déprimée, et les vibrations augmentées. La percussion donne-t-elle en outre le bruit de pot fêlé, une élévation ou un abaissement de la tonalité, suivant que le sujet a la bouche ouverte ou fermée ? A-t-on entendu des bruits circumvoisins de ramollissement ; — de gros râles caverneux, du souffle non amphorique, de la pectoriloquie aphone ? A-t-on enfin une expectoration purulente, très abondante, et les oscillations de la fièvre de résorption ? — l'existence de la lésion tuberculeuse n'offre plus de doutes.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de ces deux affections peut tenir en suspens un clinicien même expérimenté, témoin cet adage : *Ars longa, judicium difficile.*

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS INÉDITES

(Service de M. le professeur Lépine.)

OBSERVATION I

Pyopneumothorax insidieux consécutif à une pleurésie tuberculeuse.

J..... (F.), 30 ans, tisseur, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1885.

Parents bien portants. Sept frères et sœurs vivants. Une sœur plus âgée que lui, tousse depuis dix ans et a beaucoup maigri. Ses deux plus jeunes frères ont des adénites cervicales suppurées.

Excellente santé jusqu'à 25 ans : à cette époque, le malade est pris de rhumatisme aigu généralisé. A 27 ans, il a une bronchite ; depuis, il a toujours toussé, jamais d'hémoptysie, mais quelques sueurs nocturnes. Amaigrissement et apparition de battements de cœur.

Il y a deux ans, pleurésie gauche qui nécessita un traitement de trois mois et demi, et l'année suivante, un nouveau séjour à l'Hôtel-Dieu.

ÉTAT ACTUEL. — J... est très affaibli, et depuis un mois a cessé tout travail. Inappétence, toux fréquente la nuit. Oppression très grande : le malade est obligé de s'asseoir sur son lit pour respirer. Expectoration muco-purulente. Palpitations de cœur assez fortes.

En arrière, submatité au sommet gauche, percussion douloureuse.

Aux deux sommets, respiration obscure, saccadée, expiration prolongée. Pas de souffle, pas de râle.

En avant, craquement sous les deux clavicules ; rien de particulier dans le reste du poumon droit.

Les vibrations existent encore, mais diminuées dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche, en arrière.

A l'auscultation, on y entend de nombreux râles sous-crépitants et un souffle amphorique. Succussion hippocratique et tintement métallique.

Latéralement et en avant, toujours à gauche, ces signes existent aussi, mais plus nets. Aplatissement de la cage thoracique, sonorité tympanique, vibrations disparues.

Le malade ne peut donner la date d'apparition de son pneumothorax, dont le début n'a pas été marqué par une vive douleur.

Pouls petit et rapide. Battements cardiaques précipités, pas de bruit anormal.

Urines chargées d'urates. Température, 40°.

AUTOPSIE. — Pyopneumothorax enkysté occupant la base gauche et la partie latérale du thorax.

On ne découvre pas de fistule. Les deux feuillets de la plèvre sont épaissis, la séreuse elle-même est recouverte de nombreuses néo-membranes.

Poumon gauche affaissé et criblé de granulations ainsi que le droit. Pas de foyers anciens aux sommets.

Cœur dilaté. Rate volumineuse. Foie gras. Reins sains.

Les plaques de Peyer à la partie inférieure de l'intestin sont tuméfiées et exulcérées.

OBSERVATION II

Pyopneumothorax droit.

Q..., 36 ans, cordonnier, reçu le 9 décembre 1887 dans le service de M. le professeur Lépine.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels de tuberculose.

Tousse depuis un an. Est entré une première fois à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre 1887; il avait beaucoup maigri et ne pouvait plus travailler. Hémoptysies pendant son séjour à l'hôpital.

Envoyé le 26 octobre à Longchêne, il ressent le 28, dans le côté droit, une vive douleur qui dura trois jours et l'empêchait de respirer.

La toux a augmenté depuis, expectoration muco-purulente très abondante.

Amaigrissement plus marqué. Sueurs nocturnes.

ÉTAT ACTUEL. — Cachexie et oppression notables. La toux s'accompagne d'expectoration presque uniquement purulente.

Diminution de la sonorité dans les deux fosses sus-épineuses. A l'auscultation : quelques râles humides au sommet du poumon droit.

Dans les deux tiers inférieurs de ce poumon, toujours en arrière, on constate un peu de voûssure et de la matité qui s'étend latéralement dans l'aisselle et se continue en avant avec celle du foie.

Respiration obscure, gros râles sous-crépitaux, pas de souffle, pas d'égophonie.

Cœur en place sans bruits anormaux.

10 décembre. — Ponction donnant issue à 300 grammes de pus bien lié et à une grande quantité de gaz. Aussiôt après la ponction, on entend quelques bruits métalliques. Succussion hippocratique. Pas de bruit d'airain.

15 décembre. — Souffle amphorique vers la pointe de l'omoplate disparaissant au bout de peu de jours.

21 décembre. — Vibrations thoraciques abolies à droite. Pas de souffle amphorique. Pas de bruit d'airain en arrière.

En avant, du même côté, bruit d'airain très léger.

Le malade dit avoir, à plusieurs reprises et depuis quelques jours, craché des gorgées de pus à la suite de quintes de toux.

Nouvelle ponction qui laisse échapper 300 grammes de pus et beaucoup de gaz. Après l'opération, le souffle amphorique disparaît.

22 décembre. — Diminution de la matité. A la base, léger souffle amphorique le long de la colonne vertébrale.

Pas de râles ni de bruit d'airain.

4 janvier 1888. — Troisième ponction suivie de 300 grammes de pus.

13 janvier. — Augmentation de la matité à droite. Pas de souffle amphorique.

21 janvier. — Matité étendue jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Respiration obscure, soufflante, sans timbre amphorique.

Succussion hypocratique. Affaiblissement progressif.

Température oscillant autour de 38°,5, sans type inverse.

AUTOPSIE. — Pyopneumothorax circonscrit à une partie de la cavité pleurale à droite. Adhérences dans toute la hauteur autant en dedans qu'en dehors. Largeur de la cavité, 8 centimètres.

Au niveau de l'aisselle, fistule de 4 millimètres communiquant avec une grosse bronche. La perforation existe au fond de l'espace interlobaire. Au sommet gauche, quelques nodi tuberculeux caséeux ; il n'en existe pas à droite.

Rien de particulier aux autres organes.

OBSERVATION III

Pneumothorax gauche avec fistule.

G..., 42 ans, employé de commerce, entré le 13 décembre 1887.

Pas d'antécédents héréditaires. Anciens excès alcooliques. Pleurésie droite il y a cinq ans.

En juin 1887, apparition de la toux devenue bientôt fréquente, et expectoration abondante. Altération de l'état général : fièvre, sueurs nocturnes, pas d'hémoptysie. Oppression plus vive depuis quinze jours, sans points de côté, impossibilité de travailler.

ÉTAT ACTUEL. — Cachexie. Oppression. Toux fréquente. Expectoration spumeuse avec crachats nummulaires.

En avant, matité sous la clavicule droite.

A l'auscultation : râles humides, retentissement de la voix et de la toux.

Sous la clavicule gauche, diminution de la sonorité. Respiration obscure. Râles sous-crépitants inspiratoires.

Plus bas, du même côté, diminution de la sonorité jusque dans la partie moyenne du poumon. Diminution des vibrations thoraciques, surtout à la base. Respiration obscure. Râles sous-crépitants. Souffle amphorique dans toute la hauteur, surtout marqué à l'expiration. Tintement métallique. Succussion hippocratique. Bruit d'airain.

Cœur en place. Matité du foie normale.

AUTOPSIE. — Cavité pleurale gauche pleine de pus. Tension positive de 7 centimètres cubes d'eau.

Poumon gauche affaissé ; sur sa face externe, fistule recouverte d'une sorte de soupape.

Cœur dilaté et hypertrophié.

OBSERVATION IV

Pneumothorax gauche.

J..., 32 ans, cultivateur, reçu le 7 avril 1890.

Parents morts tuberculeux. Pas d'antécédents personnels.

Début de l'affection il y a trois ans par toux, crachats hémoptoïques, points de côté.

Au commencement de cet hiver, la toux et l'oppression augmentent. Séjour d'un mois à l'Hôtel-Dieu.

ÉTAT ACTUEL. — Amaigrissement et dyspnée prononcés. Matité aux deux sommets.

A gauche, sous la clavicule, à l'auscultation : craquements et respiration soufflante.

A droite : râles humides mêlés de sibilances.

En arrière, vers la partie moyenne du poumon et à gauche : respiration à timbre caverneux mêlée de gargouillement. — A droite : râles humides mêlés de sibilances, qui augmentent jusqu'au sommet.

Dans l'aisselle, vers le tiers inférieur du poumon gauche : augmentation des vibrations thoraciques. Tympanisme assez prononcé.

Souffle amphorique, qui diminue au sommet de l'aisselle. Tintement métallique.

Bruit d'airain peu net.

Pas de succussion hippocratique.

Expectoration purulente.

Rien au cœur. Foie normal.

19 avril. — Persistance du souffle amphorique à gauche et de gros gargouillements.

AUTOPSIE. — Pneumothorax circonscrit de la moitié inférieure et postérieure du poumon gauche. Vaste caverne au sommet. Beaucoup de cavernules sous-jacentes au pneumothorax ; une d'elles en a été l'origine.

Peu d'air et de pus dans la cavité.

Les gargouillements tenaient à la présence des cavernules sous-jacentes à la plèvre.

Poumon droit criblé de cavernules dans sa moitié supérieure. Pas de grande caverne.

Cœur pèse 280 gr. Rate, 170. Reins, 280. Foie, 1350. Poumons, 920 et 1,050.

OBSERVATION IV *bis*

Pneumothorax gauche.

(Due à l'obligeante traduction de M. le professeur DOR.)

W..., maçon, entré le 23 septembre 1887 dans le service du professeur Henschen.

Signes évidents de grosse caverne dans le poumon droit. Infiltration tuberculeuse étendue dans le poumon gauche.

ÉTAT ACTUEL. — La partie inférieure du thorax gauche est mobile à la respiration, mais à un moindre degré que celle du côté droit. Pas de voussure appréciable.

Le malade, atteint de tuberculose laryngée, a la voix affaiblie, mais on perçoit cependant un fremitus pectoral.

Son tympanique se confondant avec le tympanisme stomacal. Au moyen de la « transsonnance » on s'assure cependant que la sonorité s'étend seulement à une cavité aérienne limitée en bas par le bord libre du thorax; en haut, par la cinquième côte, en arrière par la ligne axillaire postérieure.

Dans cette cavité, on entend une respiration soufflante et amphorique. Résonnance métallique peu marquée. Pas de tintement métallique, ni de succussion hippocratique. Quelques râles.

AUTOPSIE. — Plèvre dure et épaisse, corrodée du côté du poumon. Fistule pleuro-pulmonaire présentant à son orifice les dimensions d'une pièce de 10 œre. Faible tension des gaz.

OBSERVATION V

(Caverne sous la clavicule gauche).

B... (Jean), 45 ans, tailleur d'habits, est reçu le 19 novembre 1886 à l'Hôtel-Dieu.

Bronchite pendant son service militaire. Depuis s'enrhumé facilement.

En avril 1886, toux quinteuse qui persiste encore. Pas d'hémoptysie. Sueurs nocturnes autrefois abondantes, rares aujourd'hui.

Appétit diminué. Amaigrissement. Perte des forces. Expectoration purulente.

ÉTAT ACTUEL. — Début de la maladie : frissons, fièvre, point de côté à droite. Œdème des membres inférieurs.

Toux fréquente sans expectoration. Pas d'oppression. Digestion facile.

Aux sommets : diminution de la sonorité, inspiration obscure, expiration soufflante, surtout à gauche. Pas de râles.

En arrière, rien de particulier au poumon gauche. A la base droite, diminution de la sonorité et des vibrations thoraciques

En avant et à gauche, en dehors de la partie moyenne de l'omoplate : souffle à timbre caverneux plus marqué pendant la toux et à l'expiration ; râles à timbre métallique ; retentissement de la voix et de la toux ; bronchoégophonie.

Au-dessous : souffle moins creux, plus aigu, quelques râles bullaires.

Cœur en place. Matité du foie normale. Urines sans albumine.

29 décembre. — Ponction sous la clavicule gauche : on tombe dans une cavité assez vaste. L'aiguille est libre et n'est pas influencée par les mouvements respiratoires.

Pas de liquide, mais issue de quelques gouttes de sang dues à la rupture de fausses membranes.

6 janvier. — Augmentation d'étendue des bruits cavitaires jusqu'à la colonne vertébrale.

12 janvier. — Fièvre plus forte, type inverse continu. A partir de la pointe de l'omoplate, la matité s'étend en bas et latéralement jusqu'au rachis.

Souffle caverneux dans cette région. Râles à timbre métallique.

Nouvelle ponction ; on tombe dans une grande cavité. Issue de gaz et d'une [demi cuillerée de pus. Parenchyme pulmonaire assez éloigné de la paroi. Après opération, quelques crachats hémoptoïques.

13 janvier. — Peu d'expectoration cette nuit. Matité remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. Obscurité complète du murmure vésiculaire sans souffle.

16 janvier. — La veille, sueurs froides et imminence de syncope. Ce matin, grande faiblesse, expectoration peu abondante. Pouls rapide et très régulier.

22 janvier. — Mort.

AUTOPSIE. — Caverne superficielle, anfractueuse, sous la clavicule gauche avec perforation bronchique. La cavité est limitée de tous côtés par des adhérences pleurales très serrées. Nombreux tubercules aux sommets. La base du poumon gauche est caséifiée.

Poids des poumons, 850 et 1,150. Cœur, 400. Rate, 150. Reins, 350. Foie, 1,370.

La température a présenté le type inverse et les oscillations de la fièvre de résorption.

OBSERVATION VI

Caverne du sommet droit.

V..., 24 ans, veloutier, admis salle Sainte-Élisabeth le 6 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde à 18 ans. Six mois après, toux et oppression pendant le travail. Réformé au service. A 22 ans, hémoptysies et points de côté à droite. Grande faiblesse.

C.

Il y a six mois, nouveau point de côté au sommet droit ; a cessé son travail depuis trois jours. Œdème des membres inférieurs et de la main gauche.

ÉTAT ACTUEL. — Cyanose, oppression vive. Reste assis sur son lit à moitié penché sur le côté gauche. Toux fréquente. Expectoration peu abondante, crachats purulents. Sueurs nocturnes. Œdème considérable des jambes et de la main gauche.

Diminution de la sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses droites et dans la fosse sous-épineuse gauche.

Au sommet gauche, respiration soufflante.

Au sommet droit, dans toute la fosse sous-épineuse, le long du rachis, jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate, souffle amphorique avec râles à timbre métallique. Pas de murmure vésiculaire.

Toux amphorique, bruit d'airain très net. Pas de succussion hippocratique.

En avant, sous la clavicule droite, matité dans les trois premiers espaces intercostaux. Pas de bruit de pot fêlé. Diminution des vibrations thoraciques. Même souffle amphorique qu'en arrière.

Sous la clavicule gauche, respiration obscure, craquements humides. Dans la région mamelonnaire, aux deux temps de la respiration, bruits ressemblant à un froissement d'étoffe et pouvant être des frottements entremêlés de râles humides.

Cœur normal.

8 janvier. — Oppression vive. Cyanose.

Le lendemain, ces symptômes sont plus marqués.

Mort.

AUTOPSIE. — Poumon gauche congestionné. Noyaux de bronchopneumonie. Tubercule crétaé au sommet. Pas de tubercules récents. Adhérence à la base.

Au poumon droit : adhérences surtout au sommet. La cavité pleurale y fait défaut. A ce niveau : caverne du volume du poing, anfractueuse, avec perforation de la dimension d'un stylet s'ouvrant dans la bronche droite à 5 centimètres de la trachée.

Pas de ganglions bronchiques; quelques tubercules caséeux.

Cœur dilaté et hypertrophié pèse 420. Rate, 300. Reins, 480. Foie, 760.

OBSERVATION VII

Caverne du sommet gauche.

P..., 24 ans, journalier, entré le 22 septembre 1890.

Mère morte probablement de tuberculose. Pas d'antécédents personnels.

A 19 ans, après douze mois de service, employé comme infirmier de visite au Val-de-Grâce. Après trois ans de séjour dans cet hôpital, pleurésie gauche et vingt jours de traitement. Une ponction donne issue à 2 litres de liquide jaunâtre. Au bout de deux mois, réformé avec le diagnostic de pleurésie et bronchite des sommets.

Depuis : amaigrissement, perte des forces, toux, expectoration abondante. Pas de frissons. Pas de sueurs nocturnes. Pas d'hémoptysie.

ÉTAT ACTUEL. — Cachexie. Crachats nummulaires. Fréquence des mictions.

Au sommet droit : craquements, râles fins, rudesse respiratoire.

Sous la clavicule droite : submatité. Craquement pendant la toux.

Sous la clavicule gauche : souffle et râles cavernuleux.

En arrière du poumon gauche : diminution de la sonorité dans toute la hauteur avec exagération des vibrations thoraciques dans les deux tiers supérieurs, et une diminution dans le tiers inférieur.

A la partie inféro-externe de la fosse sous-épineuse : souffle cavitaire intense. Au-dessous et au-dessus, nombreux râles cavernuleux, obscurité du murmure vésiculaire à la base.

Le cœur bat dans le cinquième espace au-dessous du ma-

melon. Il existe un autre centre de battements à gauche du sternum, dans les deuxième et troisième espaces intercostaux. Pas de bruit anormal. Urines troubles.

16 décembre. — Affaïssement du côté gauche, surtout marqué en arrière. Matité dans les deux fosses sous-épineuses. A gauche, cette matité s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, au niveau de la racine des bronches. Elle descend ensuite le long du rachis jusqu'à la base du poumon. De même, matité dans la fosse sous-épineuse et latéralement ; au-dessous, submatité

A droite, sonorité normale, sauf dans la fosse sus-épineuse. Vibrations normales à droite ; exagérées au sommet gauche, tant en avant qu'en arrière.

Dans la partie moyenne du poumon droit : respiration puérile, râles disséminés, surtout au sommet.

En arrière du poumon gauche : souffle amphorique dans toute la hauteur, tintement métallique en dedans de la fosse sus-épineuse. Crachats abondants, nummulaires et déchiquetés.

3 janvier. — Injection de 75 grammes de sang de chèvre. Le soir, élévation de la température, qui reste stationnaire les jours suivants. Urticaire généralisé pendant quarante-huit heures.

9 janvier. — Injection de 40 grammes de sérum de sang de chèvre à la cuisse droite. Nouvelle élévation de la température. Toux persistante. Appétit diminué.

12 janvier. — Injection de 35 grammes de sérum en deux foyers.

AUTOPSIE : Vaste caverne du sommet gauche à parois tellement minces, qu'on croirait avoir affaire seulement à la plèvre pariétale, et par suite à un pneumothorax enkysté.

Poids des poumons : 850 et 840 gr. Foie gras, 1,700. Reins amyloïdes, 400. Rate, 220. Cœur, 370.

CONCLUSIONS

De cette étude il résulte que :

I. Les symptômes fonctionnels ou physiques du pneumothorax circonscrit tuberculeux n'ont de la valeur que si on les trouve réunis. C'est alors seulement qu'ils permettent d'affirmer l'existence de l'affection.

II. Ces symptômes ressemblent à ceux du pneumothorax en général, mais ils sont atténués et localisés.

III. De cette localisation résulte la difficulté du diagnostic différentiel du pneumothorax circonscrit tuberculeux et de la caverne pulmonaire.

IV. Les meilleurs signes de diagnostic sont pour le pneumothorax circonscrit tuberculeux :

a) Début brusque avec douleur et dyspnée.

b) Absence d'affaissement de la poitrine, son immobilité partielle.

c) Abolition ou diminution des vibrations thoraciques.

d) Tympanisme; — pas d'élévation ou d'abaissement de la tonalité suivant que le malade a la bouche ouverte ou fermée pendant la percussion.

e) Disparition du murmure vésiculaire, souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain.

f) Succussion hippocratique.

g) Expectoration muco-purulente peu abondante, parfois même nulle.

h) Fièvre peu élevée.

i) Le pneumothorax circonscrit tuberculeux n'a pas de siège précis : le plus fréquent est celui qui correspond à la variété inférieure.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu et permis d'imprimer :

LÉPINE.

LE RECTEUR,

CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- JACCOUD. — Gazette des hôpitaux, mai 1887.
- LAVERAN et TEISSIER. — Traité de pathologie interne.
- LAFON. — Du pneumothorax, ses causes, son diagnostic. (Thèse de Montpellier, 1874.)
- BOURSOT. — Contribution à l'étude des signes du pneumothorax. (Thèse de Paris, 1883.)
- GÉRARD. — Causes, signes et terminaisons du pneumothorax. (Thèse de Paris, 1865.)
- HANDJIAN. — Contribution à l'étude du pneumothorax partiel. (Thèse de Paris, 1888.)
- MAILLOT. — Diagnostic des cavernes pulmonaires et du pneumothorax. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1849.)
- DUFFAUD. — Des diverses variétés de pneumothorax chez les phthisiques. (Thèse de Montpellier, 1883.)
- SAUSSIER. — Recherches sur pneumothorax et les maladies qui le produisent, les perforations pulmonaires en particulier. (Thèse de Paris, 1841.)
- MARAI. — Recherches sur les bruits anormaux du pneumothorax. (Thèse de Paris, 1847.)
- CONDRI. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du pneumothorax. (Thèse de Paris, 1882.)
- BOLL. — Ueber differential diagnose des circumscripten pneumothorax und des acuten empyemes. (Würzburg, 1872.)
- RÖSSLER. — Zur diagnostik des pneumothorax im verlaufe der phthisis. (Würzburg, 1887.)
- HENSCHEN. — Till differentialdiagnosen mellan partiel pneumothorax och kavernerna. (Upsala, läkareförenings förhandlingar, 1888.)
-

